

—研究報告—

看護師の裁量権拡大に対する訪問看護利用者の家族が抱く認識

大釜 信政¹⁾，中筋 直哉²⁾

抄 録

本研究は、在宅医療現場における看護師の裁量権拡大について、訪問看護事業所サービス利用者の家族認識を明らかにすることを目的とした。

455名の家族に対して質問票を配布し、300名から有効回答を得た。その後、質問票に回答した家族の中から5名を抽出し、半構成的面接調査を実施した。

この調査結果から、看護師が行う診療に対する家族の認識としては、条件付きでこれを容認できる意向や、また、この理由等が明らかとなった。そして、利用者が置かれる診療環境、家族の性別、世代の特徴といった要因に大きく左右されることのない、医療サービスに対する普遍的な価値観や経験的見地に基づきながら、看護師が行う診療に対する認識へと繋がっている旨が示唆された。

キーワード：看護師の裁量権拡大、家族の認識、在宅医療、医療政策

I. 緒言

これまでに経験したことがない少子・高齢社会の到来と、2011年度社会保障給付費が過去最高の107兆円に達した現況を鑑みた政府は、大胆な金融政策や機動的な財政政策によって日本経済の再生を目指している。

また、1980年代における病院病床数の抑制、並びに、長期入院の是正を課題とした結果、この代替施設として介護老人保健施設や在宅ケアに重点を置いた地域医療拡充の必要性が大きく叫ばれ、今現在も政府によるこの為の施策が執られている。尚、2018年3月末に介護療養病床の廃止が決定されており、今後は、訪問診療・看護といった医療サービスと、介護サービスを併用しながら生活を営む高齢者数の増加が見込まれる¹⁾。そして、在宅医療に対する国民のニーズが高まったことを一要因としながら、この意向を反映するために実行された医療法改正や診療報酬改定等によって、在宅医療サービスの需要が一段と高まりをみせている。

この反面、36兆円を超える国民医療費の内、在宅医療に投じられる費用は2%程度に過ぎないといった現実的な矛盾点の指摘もある²⁾。また、在宅医療の中心的役割を担う施設の1つと想定できる在宅療養支援診療所の数は概ね順調にこの伸びを示しているが、但し、地域毎に

大きな偏在があるといった点や、その施設によって実施されるサービス内容にばらつきが大きいといった課題も顕在している³⁾。

先述した現況の中、医療サービス利用者や、その家族が希望する医療を実現するために、看護師の職能範囲を見直す必要性が示唆されている^{4) - 5)}。これに関連して、看護師の裁量権拡大に関する政策課題⁶⁾の1つとして、医療サービスを受ける当事者や家族の具体的なニーズ等を反映した政策構築の必要性が論じられている。尚、これを裏付けるデータとしては、7割以上の国民が、医療制度の決定過程において市民参加の度合いや公平さについて不満を感じている旨の報告がある⁷⁾。

看護師の裁量権拡大に関して日本医師会は、看護師がリスクの高い医行為を実施することに対して国民自身が望んでいない点や、地域医療における現場の混乱に繋がる点等を理由として、反対の意を表明した⁸⁾。著者も、「サービス利用者や現場の認識を考慮しないままにこの制度化がなされたとしても、果たしてこれが本邦に定着するに十分な国民支持を得られるのか」について疑問を抱く。看護師の裁量権拡大によって生み出されるケアサービスが、本邦にとって必要であるならば、これに対する国民の要望等を加味した施策とすべきであろう。

そこで本研究では、医師が24時間常駐しない訪問看護事業所のサービス利用者本人（以下、利用者と略）と血縁・婚姻の関係にある親族（以下、家族と略）に対する意識調査を実施し、在宅医療現場におけるこの必要性や受入れの条件等に関する認識を明らかとしたい。

1) Nobumasa Ogama

創価大学看護学部（法政大学大学院公共政策研究科博士後期課程）

2) Naoya Nakasuji

法政大学大学院公共政策研究科教授

著者は当初、利用者自身の認識を明らかにすべきと考えていたが、利用者の疾病や障害の程度によって、本調査の趣旨を理解した上で回答を行うことが困難なケースが多いとの結論に至った。このため、利用者の意思を推定できる可能性が高いことに加えて、代諾者としての役割を持つ家族を調査対象とした。

Ⅱ. 用語の操作的定義

1. 「医行為」

従来の看護師が担うことにおいては、安全性に欠如すると考えられる臨床上での診察の実施、検査実施の判断、診断、治療（薬物処方を含む）に関する診療行為と定義する。

2. 「看護師の裁量権拡大」

看護師に対して新たに、上記した医行為の実践が行える権限を与えることと定義する。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

在宅医療現場における看護師の裁量権拡大に関する訪問看護事業所サービス利用者の家族の認識を明らかにすることを意図として、1) 質問票調査によって一般性の把握を行った後に、2) 質問票回答者の中から同意が得られた者に対して半構成的面接調査を実施し、質問票調査では収集できなかった具体的な見解の把握に繋げた。

2. 調査対象とデータ収集方法

1) 質問票調査

大手調査会社（株式会社インテージ）のアンケートモニターの中から、「訪問看護サービス利用者と同居している家族（血縁や婚姻によって繋がりのある親族）である」の条件でスクリーニングを実施した。この後に、条件に合致したモニター8,807名の中から無作為に抽出した455名に対して研究の目的、方法、意義等に関する内容を含めた質問票を配布し回答を求めた。

2) 半構成的面接調査

質問票を通じて、面接調査を可能とする家族を募った。この結果、54名の家族から協力の申し出があった。そして、54名の家族の中から、東京都心部の調査会場でインタビューと対面可能な家族であること等の条件を電話で確認した後、調査目的に該当する家族5名に対して調査を実施した。

3) 調査期間

(1) 質問票調査2013年12月

(2) 半構成的面接調査2014年1月～2月

3. 調査内容

1) 質問票

- (1) 家族属性：性別、年齢、職業、居住地
- (2) 利用者属性：性別、年齢、利用年数、利用頻度
- (3) 医師による定期的な受診行動（頻度・場所・主な理由）
- (4) 利用者が希望する時や体調の悪化が生じた時等、必要時、医師による24時間365日対応の診療サービスが受けられているか
- (5) 医師による24時間365日対応の診療サービスが受けられない場合に困ると思われる内容
- (6) 看護師による医行為実施に対する賛否、実施条件について
 - ① 診察が、看護師によって行われることへの賛否や実施条件
 - ② 利用者の状態に応じて、看護師の判断で検査実施の判断が行われることへの賛否や実施条件
 - ③ 看護師による診断によって、この治療に必要な薬物処方が行われることへの賛否や実施条件

尚、調査依頼文書、必要に応じては、質問文の中に

①～③の内容を明記した上で回答を求めた。

2) 半構成的面接調査

- (1) 利用者の疾患名、要介護度、訪問看護利用頻度や利用期間等
- (2) 利用者や家族が、医師の診察が必要と考えた時、すぐにこの診察が受けられないが故に、療養生活上で困ったことや不安内容、諦めている具体的内容に関して。また、今後に推測される問題点について。
- (3) 医師の診察を受けたい、もしくは、受けなければならないが、すぐに医師の診察が受けられないことを想定した場合、看護師に診療（診察の実施、検査実施の判断、薬物の処方、今までは医師が担ってきたであろう医療処置の実施）をしてもらいたいと考えるか否かについて。
- (4) (3)の質問に対する回答内容に応じて、「看護師の診療でも良い、もしくは、この診療の方が良い」と考えた理由。また、診療を許可する場合の条件の有無や内容。
- (5) (3)の質問に対する回答内容に応じて、「いかなる場合も医師の診療が良い」と考えた理由。

(6) (3)の質問に対する回答内容に応じて、「どちらの診療でも良い」と考えた理由。

(7) 看護師が医行為を実施することを想定した場合、「医師の具体的な指示」「医師による包括指示」「必ずしも医師の指示を必要としない」のいずれかの条件のうち、どれをより求めるのか。

4. 分析方法

1) 質問票調査

記述・推定統計の数値解析では、統計解析用ソフト IBM SPSS Statistics Ver.22 (Exact test 含む) を用いた。また、推定統計においては、調査目的に合致した調査会社モニター8,807名を母集団と想定した上で、家族・利用者の属性や診療状況を示す変数と、看護師が行う診療に対する認識を示す変数との関連について、独立性のカイ2乗検定又はFisherの正確確率検定を行い、クラメル係数を用いて実施した。尚、有意確率は5%未満とした。

2) 半構成的面接調査

ICレコーダに録音された看護師の裁量権拡大に関する家族の語りを何度も聴き返した後に、面接データを逐語録とした。また、この作業と同時に、研究目的からみて重要と判断した部分にはアンダーラインを引きながら、データの切片化を行った。そして、バイアス最小化のために、著者の偏見や先入観に満ちた読み方を行わない様に意識しながら、家族が語った言い回しをできる限り使用し、切片化した部分の内容を適切に表現できる抽象度の低い概念名を付けた(コード化)。

コード化の後、似たような特徴を持つ概念グループに分け、この分けられたグループに対しても、グループの特徴を反映したラベルを付けた(サブカテゴリー化)。最後に、サブカテゴリーとして挙げた内容に対して、意味内容が類似するものを集めて抽象度の高いラベルを付けた(カテゴリー化)。

尚、著者は、この分析結果の妥当性について、繰り返し検討を重ねた。

5. 倫理的配慮

本研究は、「創価大学人を対象とする研究倫理審査」の承認を受けて実施した(承認番号:25012、承認年月日:2013年10月3日)。研究対象者には、本研究の主旨、参加と中断の自由、匿名性、個人情報の守秘性、研究終了後のデータ源の消去等を説明した。また、株式会社インテージと調査委託契約を締結した後に、著者が企画した調査計画、及び、研究者の指示・監督に基づきながら調査を実施した。尚、得られた調査結果については、委

託料金が完済された後に、著者の所有権となった。

IV. 結果

1. 質問票調査の結果

有効回答者数は300名、有効回答率は65.9%であった。

1) 家族及び利用者の概要(表1)

家族の性別は、男性192人(64.0%)、女性108人(36.0%)と男性の方が多く、平均年齢は 53.13 ± 11.18 歳であった。また、利用者の性別では、男性133人(44.3%)、女性167人(55.7%)と女性の方が多く、平均年齢は 71.04 ± 18.43 歳であった。尚、家族・利用者の居住地については、表1を参照されたい。

表1. 家族及び利用者の概要(質問票)

		n=300	
家族	性別 (%)	男性192(64.0)	女性108(36.0)
	年齢平均±SD (range)	53.13 ± 11.18 (25~85)	
	職業 (%)	公務員・会社員 183 (61.0)	無職・定年退職 77 (25.7)
利用者	性別 (%)	男性133(44.3)	女性167(55.7)
	平均年齢±SD	71.04 ± 18.43	
居住地割合 (%)	北海道・東北地方	7.6	
	関東地方	42.9	
	甲信越・北陸地方	6.4	
	中部・東海地方	11	
	関西地方	19.6	
	中国地方	6.3	
	四国地方	0.6	
	九州・沖縄地方	5.6	

2) 医師による診療をタイムリーに受けられる環境の有無

家族(n=300)からの回答によると、利用者の状態変化等に応じて、24時間365日、医師によるタイムリーな診療が受けられる環境にあると回答した者は105名(35%)、こういった環境にないと回答した家族は195名(65%)であった。また、医師によるタイムリーな診療が受けられる環境にないと回答した195名に対して、「希望時に医師の診療が受けられないために困ることの有無」に関して質問した結果、113名(57.9%)が「ある」と回答した。加えて、この困る内容としては、8割以上の家族が「利用者の急な症状出現に対する対応」を挙げていた。

3) 看護師が行う医行為に対する認識

表2には、看護師による診察、薬物処方、検査実施判断といった医行為に対する家族認識に関する調査結果を示した。更にこの表では、それぞれの医行為に対する家族の認識について、「無条件で肯定」、「条件付

表2. 看護師が行う医行為に対する認識（質問票）

n=300

看護師による診察に対する認識	n (%)	肯定・否定の割合	看護師による薬物処方に対する認識	n (%)	肯定・否定の割合	看護師による検査実施判断に対する認識	n (%)	肯定・否定の割合
無条件で許可できる	93(31)	無条件で肯定 31.0%	無条件で許可できる	43(14.3)	無条件で肯定 14.3%	無条件で許可できる	34(11.3)	無条件で肯定 11.3%
看護師経験が多いのであれば受けてもよい	10(3.3)	条件付きで肯定 61.7%	看護師経験年数が多い看護師による処方であれば許可	11(3.7)	条件付きで肯定 64.6%	看護経験年数の多い看護師の判断・実施ならば許可	17(5.7)	条件付きで肯定 75.4%
看護経験に加えて、医学知識を習得した看護師ならば受けてもよい	57(19.0)		看護経験に加えて、医学・薬学等の知識を習得したならば許可	55(18.3)		看護経験に加えて、医学知識を習得した看護師の判断・実施ならば許可	59(19.7)	
24時間対応であれば受けてもよい	32(10.7)		24時間対応ならば許可	16(5.3)		緊急時の検査として必要ならば許可	38(12.7)	
医師によるものと比較して割安であれば受けてもよい	13(4.3)		医師による処方と比較して割安ならば許可	11(3.7)		医師によるものと比較して割安ならば許可	5(1.7)	
頻繁に関わりのある看護師ならば受けてもよい	23(7.7)		頻繁に関わりのある看護師の処方ならば許可	13(4.3)		頻繁に関わりのある看護師の判断・実施ならば許可	19(6.3)	
事前に医師の許可があるのであれば受けてもよい	30(10.0)		事前に医師が許可している範囲内であれば許可	88(29.3)		事前に医師が許可した範囲内の検査であれば許可	88(29.3)	
症状が安定している時ならば受けてもよい	20(6.7)	否定 7.3%	必ず医師による処方を希望	63(21.0)	否定 21.0%	必ず医師の実施判断を希望	40(13.3)	否定 13.3%
必ず医師の診察を希望	22(7.3)							

きで肯定」、「否定」といったように3段階に分け、この認識別の割合を表した。

この表からも見て取れるが、無条件で看護師による診察を許可すると答えた家族が31.0%、薬物処方では14.3%、検査実施判断では11.3%であった。また、6割以上の家族が、条件付きで看護師の医行為を容認していた。そして、無条件で肯定する家族と、条件付きで肯定する家族を合わせた場合、診察は9割以上、薬物処方では8割弱、検査実施判断については8割以上の家族がこれらを容認していた。

尚、この条件として上位を占めた内容が、「事前に医師が許可した範囲内であること」、「看護経験に加えて医学・薬学等の専門知識を習得していること」であった。

逆に、必ず医師の実施を希望する家族割合としては、診察7.3%、薬物処方21.0%、検査実施判断13.3%となった。

4) 看護師が行う診療に対する認識と、家族・利用者の属性や診療状況との関連

表3では、先に示した表2に準じながら、看護師が実施する医行為に対する家族の認識と、家族・利用者の属性や診療状況との関連をクロス表にまとめ、カイ2乗検定、又は、Fisherの正確確率検定を実施し、有意確率とCramerVを加えて表記した。

この推定値から、家族の性別と、看護師による診察に対する認識においては、1%水準で有意であり、この間に関連性が認められた（CramerV0.233）。また、その他の属性や診療状況と、看護師による診察に対する認識との間では、関連があるとは言いきれない結果となった。そして、看護師による薬物処方に対する認識では、家族の年齢、訪問看護頻度との間に関連性が示された（CramerV 0.158、0.150）。看護師による検査実施の判断に対する認識に関してした場合、訪問看護頻度との関連が5%水準で認められた（CramerV0.137）。

その他、利用者の医師による診療頻度や、医師による診察が24時間対応で可能な環境にあるか否か、利用者の年齢などといった変数と、看護師が行う医行為に対する認識を示す変数との間には、関連性があるとは言えない結果となった。

2. 半構成的面接調査の結果

1) 家族及び利用者の概要（表4）

面接調査で回答した家族5名の内、4名が女性であり、年齢は50歳以上であった。利用者との続柄については、夫婦関係にある者が1名、その他は親子関係であった。また、利用者の要介護度は3以上であり、週に1回以上の訪問看護を利用していた。そして、協力を得た家族5名の居住地は、いずれも関東地方であっ

表3. 看護師による診療に対する認識と家族及び利用者の属性・診療状況との関連

n=300

		看護師による診察					看護師による薬物処方					看護師による検査実施の判断				
		無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による診察を希望	CramerのV	有意確率 a	無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による処方希望	CramerのV	有意確率 a	無条件で肯定	条件付きで肯定	必ず医師による判断を希望	CramerのV	有意確率 a
家族の性別	男	75人(39.1%)	104人(54.2%)	13人(6.8%)	0.233	0.000**	33人(17.2%)	118人(61.5%)	41人(21.4%)	0.114	n.s.	27人(14.1%)	140人(72.9%)	25人(13.0%)	0.114	n.s.
	女	18人(16.7%)	81人(75%)	9人(8.3%)			10人(9.3%)	76人(70.4%)	22人(20.4%)			7人(6.5%)	86人(79.6%)	15人(13.9%)		
家族の年齢	50歳未満	35人(34.0%)	65人(63.1%)	3人(2.9%)	0.097	n.s.	13人(12.6%)	78人(75.7%)	12人(11.7%)	0.158	0.005**	11人(10.7%)	81人(78.6%)	11人(10.7%)	0.08	n.s.
	50～64歳	43人(28.5%)	92人(60.9%)	16人(10.6%)			19人(12.6%)	89人(58.9%)	43人(28.5%)			19人(12.6%)	107人(70.9%)	25人(16.6%)		
	65歳以上	15人(32.6%)	28人(60.9%)	3人(6.5%)			11人(23.9%)	27人(58.7%)	8人(17.4%)			4人(8.7%)	38人(82.6%)	4人(8.7%)		
利用者の医師による診療頻度	1回以上/月	66人(30.7%)	136人(63.3%)	13人(6%)	0.094	n.s.	26人(12.1%)	142人(66.0%)	47人(21.9%)	0.073	n.s.	21人(9.8%)	166人(77.2%)	28人(13.0%)	0.061	n.s.
	1回程度/2～3ヵ月	14人(36.8%)	22人(57.9%)	2人(5.3%)			8人(21.1%)	23人(60.5%)	7人(18.4%)			6人(15.8%)	26人(68.4%)	6人(15.8%)		
	必要に応じて適宜	13人(27.7%)	27人(57.4%)	7人(14.9%)			9人(19.1%)	29人(61.7%)	9人(19.1%)			7人(14.9%)	34人(72.3%)	6人(12.8%)		
利用者の年齢	65歳未満	32人(32.3%)	57人(57.6%)	10人(10.1%)	0.082	n.s.	18人(18.2%)	58人(58.6%)	23人(23.2%)	0.095	n.s.	12人(12.1%)	69人(69.7%)	18人(18.2%)	0.105	n.s.
	65歳以上	61人(30.3%)	128人(63.7%)	12人(6.0%)			25人(12.4%)	136人(67.4%)	40人(19.9%)			22人(10.9%)	157人(78.1%)	22人(10.9%)		
医師による診察が24時間タイムリに受けられる環境の有無	ある	38人(36.2%)	60人(57.1%)	7人(6.7%)	0.082	n.s.	15人(14.3%)	71人(67.6%)	19人(18.1%)	0.053	n.s.	16人(15.2%)	78人(74.3%)	11人(10.5%)	0.103	n.s.
	ない	55人(28.2%)	125人(64.1%)	15人(7.7%)			28人(14.4%)	123人(63.1%)	44人(22.6%)			18人(9.2%)	148人(75.9%)	29人(14.9%)		
訪問看護頻度	訪問看護頻度が3日以上/週	16人(34.0%)	27人(57.4%)	4人(8.5%)	0.096	n.s.	8人(17.0%)	25人(53.2%)	14人(29.8%)	0.15	0.009**	7人(14.9%)	31人(66.0%)	9人(19.1%)	0.137	0.023*
	訪問看護頻度が1～2日程度/週	37人(30.6%)	80人(66.1%)	4人(3.3%)			8人(6.6%)	89人(73.6%)	24人(19.8%)			7人(5.8%)	103人(85.1%)	11人(9.1%)		
	訪問看護頻度が1日未満/週	40人(30.3%)	78人(59.1%)	14人(10.6%)			27人(20.5%)	80人(60.6%)	25人(18.9%)			20人(15.2%)	92人(69.7%)	20人(15.2%)		

註1) **: p < 0.01 * : p < 0.05

a=カイ2乗検定、又は、Fisherの正確確率検定

た。

尚、インタビューに要した一人あたりの平均時間は、52分であった。

2) 看護師の裁量権拡大に対する家族認識

訪問看護事業所サービス利用者の家族が持つ看護師の裁量権拡大に関する語りから、5つのカテゴリーと14のサブカテゴリーが抽出された(表5)。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは[]で表す。

【看護師の診療能力に対する懸念】は、[看護師による診療への強い不安]や[看護師の診療能力に関する知識・経験の不足]といったサブカテゴリーから導き出された。家族は、医行為を看護師の判断のみで行うことに対して強い不安を抱く旨や、看護師による判断の誤りによって利用者を救急搬送に追い込んだ経験、緊急の場合は119番通報によって病院受診を希望する

という内容の語りが聴かれた。また、看護師資格と医師資格の取得条件の差や、日々の業務内容における難易度の相違を理由として、従来の看護師が診療することは容認できないとする語りも存在した。更には、家族が想定する看護師の知識・技術では、診療における判断・実施は不可能であるとも感じていた。

【保守的看護師観】は、[生活や精神面における援助者としてのニーズ]及び[看護師が医行為を担うことに対する違和感]、並びに[看護師とは異なる職種観]の3つのサブカテゴリーから構成できた。家族は、看護師が患者の傍に存在しながら身の回りの世話をを行い、また患者を励ます“心優しい人”のイメージを持つと同時に、診療上の医行為に関しては、あくまで医師の業務の範疇であると考えていた。更には、仮に医学教育を新たに受けた看護師が医行為を担うことに

表4. 家族及び利用者の概要(半構成的面接調査)

No.	家族の性別	家族の年齢	利用者との続柄	利用者疾患	利用者の要介護度	訪問看護利用頻度	利用期間	居住地
1	女性	50歳代前半	妻	運動・神経系疾患(難病)	5	1日/週	約5年	神奈川県
2	女性	50歳代前半	嫁	脳血管系疾患	3	1日/週	約4年	神奈川県
3	女性	50歳代前半	娘	脳血管系疾患	5	5日/週	約8年	埼玉県
4	女性	60歳代前半	娘	運動・神経系疾患 認知症	5	1日/週	約4年	東京都
5	男性	50歳代後半	息子	脳血管疾患 内分泌疾患 循環器疾患	3	1日/週	約2年	東京都

表5 看護師の裁量権拡大に対する家族認識（半構成的面接調査）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護師の診療能力に対する懸念	看護師による診療への強い不安	（医行為を）看護師の判断のみで行われることは、非常に不安である。 緊急の場合だからこそ看護師の診療では不安が残り、即119番通報をして病院に救急搬送してもらう。 以前に、看護師による判断の誤りによって利用者が救急搬送になった経験があるため、心から信頼がおけない。
	既存する看護師の診療能力に関する知識・経験不足	看護師免許と医師免許を比較して、この取得条件や日々の仕事内容においてもこの難易度が違いすぎており、看護師に診療は任せられない。
		医師も診断や処方に関して悩むことがあると思われるのに、看護師の能力でこの判断・実施は不可能と思う。
		医師は、専門とする診療科に特科した日頃からの学習を行っていると思われるが、看護師にそこまでの学習が行えるか否かが疑問である。 「まずは看護師の診療」といったことが想定され、看護師にそういった広範囲での診療は無理だと思う。
保守的看護師観	生活や精神面における援助者としてのニーズ	看護師は、身の回りの世話しながら患者を励ます“心優しい人”といったイメージのままでよい。
	看護師が医行為を担うことに対する違和感	看護師には医行為の判断・実施というよりも、患者や家族の苦しみを理解してもらうほうがありがたい。
	看護師とは異なる職種観	あくまでも看護師は、医師の診療補助を行う者である。
		診療は医師の仕事であり、看護師が行う範疇ではないことは周知されていること。 新たな教育を受けて医行為を実施する看護師は、もはや看護師とは異なる職種である。
医行為を担うにあたっての条件	既存する看護師自体の質の向上	もとは看護師でも医行為の判断が行えるのであれば、別の名称のほうがわかりやすい。
	医師や薬剤師との連携・サポート体制	従来の看護師は、医学的な知識に差が大きすぎるため、看護師の能力をなるべく均一化する方が先決と考える。
		受診経験を通して、救急現場の看護師と外来の看護師とでは、医学的な知識に大きな差があるように感じる。
	医行為を担うにあたって必要となる資格基準の明確化	医行為を担うに当たっては、まずは看護教育自体のレベルアップが必要だと思う。
		最終的には、医師による判断での医行為を希望する。
		看護師が（医行為を）行った後に、この妥当性を評価する医師の存在が必ず必要である。
	看護師が担う医行為範囲の明確化	看護師による処方の場合には、薬剤師にもチェックしてほしい。
		医師までとは言わないが、それに近い学習の内容を一定期間、看護師にも行わせるならば安心できる。
新たな看護師に対する期待感	更なる安心感の向上を要望	経験年数や教育内容を明確にした上で、（医行為を担うに）相応しい看護師である基準を我々にも理解できる内容で情報提供してほしい。
		看護師に対するランク付けを行った後に、高いランクの看護師に対してのみに（医行為が）行える権限を与えてほしい。
	更なる利便性の向上を要望	緊急時や状態が大きく変化した場合には医師による診療を受けられ、状態の変化がない場合のみ看護師でもかまわない。
		事前に医師が許可した範囲内であれば、安心感が増す。
規範的親族観	親族としてのあるべき姿	どこまで看護師による診療が容認され、どこからが医師によるものなのかをしっかりと区別すべきである。
		119番通報しても搬送先が見つからなければ救急車はビックリとも動かず手遅れになるため、24時間対応で看護師に駆けつけてほしい。
	親族間での合意	在宅療養の場合は、病院の受診自体が金銭的・時間的負担が大きいため、病院と同様に24時間対応で診療してもらえれば看護師でもよい。
		身近に感じる看護師が、あらゆる面でサポートしてもらえれば家族にとっては心強い。

なったとしても、その者は看護師ではない別の職種であるといった感覚を抱いていた。加えて、看護師ではない別の職種としての名称を持つことで、医療サービスを利用する者にとっての解りやすさを求めている。

3つ目のカテゴリーとしては、【医行為を担うにあたっての条件】が示され、[既存する看護師自体の質の向上]、[医師や薬剤師との連携・サポート体制]、[医行為を担うにあたって必要となる資格基準の明確化]、[看護師が担う医行為範囲の明確化]、そして「24時間対応の在宅診療」といった5つのサブカテゴリーから構成された。

家族は、看護師が医行為を担うにあたっての条件として、従来の看護師自体の能力の差が大きいと感じることを理由に挙げ、まずは看護師の知識・技術の均一化や基礎教育における内容を充実させることが先決で

あると考えていた。また、看護師によって医行為の判断・実施が行われたとしても、この妥当性の評価を踏まえたサポート体制の必要性を感じていた。そして、従来の看護師が担ってこなかった医行為を実践するに当たっては、この前提条件として、どの位の臨床経験を持つ看護師に対して、どういった再教育を、どの位の期間で行うのかについて、国民にも情報提供することを求めている。更には、看護師が担う医行為範囲を明確にすると同時に、事前に医師が許可した範囲内で行うべきであるといった認識を持っていた。そして家族は、利用者の状態変化がいつ起こるかわからないといった懸念から、看護師による24時間体制の診療であれば容認しても良いという考えを示した。

加えて、【新たな看護師に対する期待感】を持つ点も語られていた。家族や利用者の「更なる安心感の向

上を要望]、[更なる利便性の向上を要望]といった感情を抱きつつ、日頃の介護生活の負担軽減や精神的安寧を求めている為であった。

また、看護師による医行為の実施に対しては、[親族としてあるべき姿]や[親族間での合意]といった、【規範的親族観】に基づいた判断によって許可できる旨が語られた。看護師による診療によって不測の事態を招いた場合、この点が心残りになるといった感情や、家族としては最後まで最大限につくしたいと感じ、その結果として医師による診療がこの一部に相当すると考える家族も存在した。そして、看護師の医行為を受け入れるにあたっては、(回答した)家族以外の合意も必要である点を切実に語った。

V. 考察

1. 看護師が医行為を実施することに対する家族の消極的な姿勢の存在

質問票の調査結果(表2)から、訪問看護利用者の家族の一部は、医師による診療を希望している点が明らかとなった。面接調査の分析結果を振り返ってみても、【看護師の診療能力に対する懸念】を家族の一部は抱いている点が示唆された。換言するならば、[看護師の診療能力に関する知識・経験不足]を理由の一つとしながら、[看護師による診療への強い不安]を抱いていると言える。医師が持ち備えている診療能力と比較した場合、看護師の診療能力の低さをイメージしつつ、医師のそれとは似て非なるものであるが故に、安全性の観点から看護師の医行為自体に不安を感じざるを得ない点が理解できる。

また、【保守的看護師観】や[看護師とは異なる職種観]を持つといった内容も示された。

当然のことながら、従来の看護師においては、保健師助産師看護師法第5条に定められる「医師の診療補助と療養上の世話」の看護師規定に基づきながら業務を遂行している。この一方で家族は、自らの受診経験や利用者に対する看護場面を通じて、看護師とはどういった職種であるのか、何が行えるのかといった点をも体験的に察知している。従って、看護師が医行為を担うことに対して違和感を覚えるといった傾向は自然とも言える。むしろ看護師は、病める者やこの家族の苦しみに共感し、励ますことのできる身近な存在であってほしいといった家族の希望さえもくみ取れる。

しかし、著者自身は、プライマリケアを中心として普及した米国のNurse Practitionerのアウトカム評価^{9)~10)}

からも示唆されたように、看護師による医行為の安全性や利用者の満足度が良い意味で評価されはじめた場合、家族の一部が抱く消極的な認識が徐々に肯定的なものへと変化する可能性は大いにあり得ると推測している。

2. 医行為をも担える新たな看護師誕生に対する期待感

内閣府の調査¹¹⁾によると、国民の6割以上が、必要な医療や介護サービスを受けながら住み慣れた環境の下での生活を希望している。また、要介護状態になった場合も、自宅や子供・親族が住む家での介護を希望する人が4割を超えている。しかしながらこの希望に相反して6割以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難であると感じている¹²⁾。尚、この理由¹³⁾としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」や「症状が急変したときの対応に不安がある」といった旨が挙げられている。そして、本調査結果からも、利用者が急な症状を出現した場合の対応について懸念を抱いている点が明らかとなった。

病院での入院生活においては、患者のニーズに応じた医療サービスが24時間365日、タイムリーに提供される。また、病状の急変時にも、医師や看護師等によって最善が尽くされることは言うまでもない。しかし、現時点での在宅医療の場においては、こういった医療サービスを継続的に提供することは難しい。介護保険や医療保険の枠内でのサービス提供に限られるが故に、利用者の24時間の見守り、医療的管理が必要とされた場合でも、専門職種が絶えずその場に居合わせたケアの実施は不可能に近いためである。では、誰がこの代替的役割を担っているのかについて考えてみた場合、この殆どが、サービス利用者の配偶者や子供、子供の配偶者である。更には、介護にあたる家族自体も高齢者といった、まさに老老介護の現状が露わとなっている¹⁴⁾。また、近年における世帯人員の減少や女性の社会進出による介護力不足といった要因によって、在宅療養の可能性を低下させている¹⁵⁾。仮に、在宅療養が可能となった場合でも、家族が抱える身体的・精神的負担は非常に大きい。そして、家族の支援が受けられない療養者の場合は、病院や高齢者施設での生活を選択せざるを得ない。

(財)連合総合生活開発研究所が実施した調査¹⁶⁾によると、「要介護者を抱える家族が認識している問題点」を支持された多さの順に示した場合、「介護者の精神的負担が大きい」が最も多く、次いで「いつまで要介護が続くかわからない」、3番目は「介護者の肉体的負担が大きい」といった順で挙げられていた。更には、介護を行う家族の身近に「気軽に相談できる人や機関がない」といった点も指摘されている。

この様に、在宅療養者を抱えた家族の犠牲と負担は、家族自身の生活そのものを脅かす。また、その状況と24時間365日にわたって苦闘しながらの生活は、並大抵の努力では成し遂げられない点は想像するに難くない。このため、家族の抱える負担を少しでも軽減することが必要不可欠となる¹⁷⁾。

そして、こういった状況にある家族は、現状の医療や介護サービスに対する十分な満足感は得ておらず、「更なる安心感の向上を要望」や「更なる利便性の向上を要望」といった願いを持っている点が本調査からも明らかとなった。また、この点を支持するかのように、質問票調査の結果（表2）からも、看護師による医行為に対して無条件で肯定する家族と、条件付きで肯定する家族を合わせた場合、8割以上の家族が容認する意向を示した。そして、【新たな看護師に対する期待感】を認識していることも確認できた。

従って著者は、家族がより身近に看護師の存在を感じながら、今まで以上に利便性や安心感の向上といった期待感をこの医行為に抱いている点こそが、看護師の医行為に対する支持割合を高めた大きな要因と考える。

3. 看護師が医行為を担うにあたっての条件

著者は、質問票や面接調査の結果に基づきながら、以下の点に言及する。

従来の看護師が行う医行為については許可できないが、「看護師経験に加えて医学知識を習得した看護師である」や「事前に医師が許可した範囲内での医行為である」、「24時間対応でサービスが提供される」、「緊急性を要する」といった場合であれば、これを許可する旨の認識を家族は持っていると理解する。また、看護師のみの判断ではなく、「[医師や薬剤師との連携・サポート体制]の下に行われる医行為を望んでいる点も示唆された。そして、[医行為を担うにあたって必要となる資格基準の明確化]や「[看護師が行う医行為範囲の明確化]を行う必要性についても示された。更には、これらが明確となった後には、国民にも理解できる内容で情報提供を行うよう求めている。

家族は、どこまでの医行為を看護師に容認するのかに関する明確な線引きについては、自分達が行う範囲ではないと捉えながら、医師が許可した範囲の中で、医師との協働によって行われる看護師の医行為であれば、より高い安心感に繋がると考えている。

また、家族がこういった認識を抱く背景には、看護師の裁量権拡大に関する安全性への懸念が存在している。つまり家族は、看護師基礎教育や一定の臨床経験だけで

は、医行為を担うまでの知識・技術としては不十分であることを示唆している。しかし、本邦の人口構造に関する課題を加味しつつ、今現在に置かれた状況や将来的な医療サービスの提供体制を考えた場合、条件を課してまでも看護師の医行為に期待感を寄せている旨が伺える。

尚、「訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権拡大に関する研究」からの報告¹⁸⁾によると、医師が行うべき医療処置と、医師の指示のもとに看護師が行ってもよい相対的医療処置、また、療養上の世話や指導に関する事項との境界が不明確である点が影響し、どこまで看護師が判断して良いものかに関して、その場やステーション毎によって違いが見受けられる旨を示唆した。更には、日本の訪問看護師が、相対的医療行為の範疇を超えて、看護師が自律的に判断しケアを行うことに積極的ではない現状についても言及している。

以上の内容を踏まえた上で著者は、看護師が医行為を担うことについて、当面の間は、医師との連携・協働を基盤にすべきと考える。

4. 看護師による医行為の受け入れに影響を及ぼす【規範的親族観】

家族の一部は、看護師による医行為の実施に対しては、「親族としてあるべき姿」や「親族間での合意」といった【規範的親族観】に基づいた判断によって許可できる旨を語った。看護師の診療によって不測の事態を招いた場合に心残りになるといった感情や、家族としては最後まで最大限につくしたいと感じ、医師による診療がこの一部に相当すると考えていた。また、看護師の医行為を受け入れるにあたっては、(回答した)家族以外の者（親戚）による合意も必要であることを切実に語っていた。

1973年から5年ごとに行われているNHK放送文化研究所の「日本人の意識」調査結果¹⁹⁾によると、親戚間での「親密な付き合い」を望ましいと考える者の割合が増加傾向にある。同研究所はこの親密について、なにかにつけ相談を行い、助け合えるような関係であると述べている。

以上の点を鑑みた場合、訪問看護利用者の介護においては、複数の子供や親戚が関係し、誰が介護を担当するのか、どの様に面倒をみるのか等を、親族間で協議・決定しなければならない状況が伺える。介護を担う家族は、親戚等からの外圧を受けるが故に、自らの考えのみに基づいた介護の実施は難しい上、親戚の評価を常に気にしなくてはならない状況下に置かれている。介護に直接は携わっていない親戚は、介護の困難さについての理解が乏しいために、介護そのものを行う家族の負担をね

ぎらうどころか、あれこれと注文を付ける傾向にある²⁰⁾。

従って家族の一部は、看護師の診療を受け入れるか否かの判断においては、親族同士での検討が必要になると考えている。また、この親族の同意が得られない場合は、この診療は受け入れ難いといった心情をも持つ。つまり、医師による診療こそが最適な介護の一部であるといったイメージが存在し、看護師による診療は医師のそれと比較して劣るといった考え方から、親戚の目を気にすると同時に、これを受け入れるに躊躇する面さえあると言える。

5. 看護師による診療に対する認識と療養条件等との関連

表3の推定値から、家族の性別と、看護師による診療に対する認識間においては1%水準で有意であり、この間に関連が認められた。しかしながら著者は、CramerVが0.233であることを理由として、この関連は小さいと考えた。また、その他の属性や診療状況と、看護師による診療に対する認識との間では、関連が必ずしもあるとは言い切れない結果が示されていた。そして、看護師による薬物処方に対する認識においては、家族の年齢や訪問看護頻度との間に関連が示された。しかし、このCramerVは0.158、又は、0.150であり、関連は小さいと言えよう。更に、看護師による検査実施の判断に対する認識に関しては、訪問看護頻度との関連が5%水準で認められたが、この関連についてもCramerVは0.137であった。

つまり、利用者の医師による診療頻度や医師による診療が24時間対応で可能な環境の有無、利用者の年齢といった内容を示す変数と、看護師が行う診療に対する認識との間には、必ずしも関連があるとは断言できない結果が示された。

さて、これらの結果は、どういった家族の認識を意味するのであろうか。

「利用者の急な症状出現への対応」に対する懸念については、家族の多くが抱えていた（本質問票調査結果より）。また、こういった状況下に利用者が置かれていたとしても、看護師による医行為そのものに対しては、家族の6割以上が「条件付きで肯定」を示し、無条件下で容認する家族割合は高くない。また、家族に対する面接調査の結果からは、【看護師の診療能力に対する懸念】や【保守的看護師観】を抱えていることも理解できた。

考え方によっては、医療サービスに対する家族の価値観の中に、医師による診療サービスこそが最善であると

いった観念が存在するとも推察できる。そして、医師による診療サービスを受け続けられることこそが、利用者にとって最適な在宅療養に繋がる旨の認識も伺える。

しかし、在宅医療を取り巻く医療サービスの現状が、家族の抱く価値観や理想とは大きく異なり、サービスを受ける側としてのニーズが満たしきれていない。このため家族は、これを充足する一方法として、今までは提供されてこなかった看護師による医行為によって、在宅介護における家族負担の改善がなされることに期待していると言えよう。そして、[更なる安心感の向上を要望]や[更なる利便性の向上を要望]といった【新たな看護師に対する期待感】の存在によって、家族が条件付きで看護師の医行為を容認しているとも考えられる。

従って著者は、看護師の診療に対する家族認識については、利用者が置かれる診療上の環境、家族の性別、世代の特徴といった要因に大きく左右されることのない、医療サービスに対する普遍的な価値観や経験的見地に基づきながら、この賛否、又は、期待感に繋がっていると考える。そして、これらの家族が抱く観念の存在を理由として、看護師が実施する医行為に対する家族認識と、家族・利用者の属性や診療状況との関連が否定的な結果に繋がったと言えよう。

VI. 本研究の限界と課題

質問票、並びに、面接調査の回答者は、大手調査会社のモニターであった。この為、全国区の訪問看護利用者の家族を調査対象集団と想定した場合、看護師の裁量権拡大に対する認識について真の代表性を得たとは言い難い。

今後は、回答者の偏りを最小限にした調査方法の検討が求められる。

尚、著者は、民意を推し量ることを目的とした社会調査の結果から、政策構築に寄与できる新たな発見が得られると考え、こういった調査が更に拡大されることを切に望む。

謝辞

本研究の調査を実施するにあたり、快く協力に応じて下さいました訪問看護事業所サービス利用者の家族の皆様へ厚く御礼申し上げます。

尚、本研究においては、「創価大学平成25年度次世代共同研究プロジェクト研究助成」を受けて実施した。

文献

- 1) 厚生労働省：訪問看護について（2010），2013年8月10日，
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>
- 2) 尾形裕也：日本における在宅医療の現状，課題及び展望，季刊・社会保障研究，47（4），357 - 367，2012.
- 3) 前掲書2)
- 4) 徳田郁生：医療・介護提供体制の将来像，看護，64（1），43 - 47，2012.
- 5) 島崎謙治：日本の医療 制度と政策，303-340，東京大学出版会，東京，2013.
- 6) 大釜信政，中筋直哉：本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する文献検討，ヒューマンケア研究学会誌，4（2），37 - 45，2013.
- 7) 東京大学医療政策人材養成講座編：「医療政策」入門 医療を動かすための13講（第一版），21 - 53，医学書院，東京，2010.
- 8) 「社会保障・税一体改革素案」に対する日本医師会の見解（2012），2012年7月31日，
<http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120201.pdf>
- 9) Mary O. Mundinger: Advanced-Practice Nursing -- Good Medicine for Physicians?, The New England Journal of Medicine, Vol.330No.3, 1536-1537, 1994.
- 10) Mary O. Mundinger, Robert L. Kane, Elizabeth R. Lenz, Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians, A Randomized Trial JAMA, Vol.283No.1, 59-68, 2000.
- 11) 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室「在宅医療の体制構築に係る指針」（2012），2013年11月13日，
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/sh
- 12) 前掲書11)
- 13) 前掲書11)
- 14) 鎌田ケイ子，川原礼子編：新体系看護学全書第28巻 老年看護学① 老年看護学概論・老年保健，114-119，メヂカルフレンド社，東京，2011.
- 15) ヘルスケア総合政策研究所編：医療白書2012年版 地域包括ケア 時代に迫られる、病院“大再編”と地域医療“大変革”，182-191，株式会社日本医療企画，東京，2012.
- 16) 前掲書14)
- 17) 前掲書14)
- 18) 野末聖香，金子仁子，上野まり，他（2005）：訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究，2014年7月20日，
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/.../17kangokenkyu-2.pdf>
- 19) NHK放送文化研究所編：現代日本人の意識構造 [第七版]，183-206，日本放送出版協会，東京，2010.
- 20) 前掲書14) 120-124.